

С. И. Богданов, М. А. Акимова, Ю. А. Абдиева

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В ЕКАТЕРИНБУРГЕ

*Уральский государственный медицинский университет
Областной наркологический диспансер
г. Екатеринбург*

Аннотация

В данной статье изложен анализ социально-демографического и клинического статуса больных, страдающих алкоголизмом, находящихся под диспансерным наблюдением на территории г. Екатеринбурга.

Ключевые слова: УГМУ, алкоголизм, социально-демографический анализ, диспансерное наблюдение.

В связи со своей широкой распространенностью алкоголизм остается серьезной медико-социальной проблемой [2, 3, 4]. Вследствие данного обстоятельства врач психиатр-нарколог, работающий на амбулаторном приеме, в своей ежедневной работе основную массу времени посвящает работе с зависимыми от алкоголя больными [3]. Практика показывает, что со временем изменяется тип потребления алкоголя, спектр употребляемых алкогольных напитков [1, 6]. В свою очередь данные обстоятельства определяют клиническую картину алкоголизма и темп его прогрессивности [1, 5]. Учет данных моментов весьма важен для определения правильной лечебной тактики каждого конкретного пациента [4, 6].

Цель исследования — изучить социально-демографический и алкогольный статус больных алкоголизмом, находящихся под диспансерным наблюдением.

Исследование проводилось на базе амбулаторного подразделения Свердловского областного наркологического диспансера в 2012-2014 гг. Всего в исследовании приняли участие 305 пациентов с клиническим верифицированным диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» (F 10.2, F 10.3, согласно МКБ-10). Стандартизация данных достигалась путем заполнения пациентами «Анкет для потребителей алкоголя», рекомендованных Национальным научным центром наркологии Минздрава России. Анкета содержала 34

вопроса о социально-демографическом статусе пациентов и об употреблении алкоголя. Расчет стандартных алкогольных единиц проводился по методике количественной оценки ежедневного употребления алкоголя (TLFB) по формуле:

$$\text{объем алкогольного напитка (мл)} \times \% \text{ содержания алкоголя} \times 2 \div 28 \text{ [4]}.$$

Распределение исследуемой группы по полу выглядело следующим образом: 83,3% составили мужчины, 16,7% — женщины.

Возраст респондентов варьировал от 18 до 74 лет, в среднем составил $42,5 \pm 0,7$ года (25-й перцентиль — 33,0; 50-й перцентиль — 41,0; 75-й перцентиль — 51,0).

Данные о социально-демографическом положении исследуемого контингента представлены в табл. 1:

Как видно из приведенных показателей, две трети больных алкоголизмом (77%) имели законченное среднее и среднее специальное образование. Каждый десятый пациент (12%) ограничился неполным средним образованием (7-9 классов). В тоже время 34 человека диспансерной группы имели высшее (8%) и незаконченное высшее (3,0%) образование.

Социальный статус больных алкоголизмом выглядел следующим образом. Экономически активным являлось 79% респондентов. Из них 195 человек (81%) представляли рабочие профессии, к категории специалистов (технических работников) отнес себя каждый десятый

Таблица 1

**Социально-демографическая характеристика
больных алкоголизмом г. Екатеринбурга,
находящихся на амбулаторном лечении**

Исследуемый показатель	Абс.	Удельный вес, %
Образование (n=305)		
Неполное среднее (7-9 лет)	36	11,8
Полное среднее (10-12 лет)	69	22,6
Среднее специальное	166	54,4
Незаконченное высшее	9	3,0
Высшее	25	8,2
Социальный статус (n=305)		
Рабочий	189	62,0
Специалист (тех. работник)	25	8,2
Рук. высшего/среднего звена	12	4,0
Работник сельского хозяйства	6	2,0
Государственный служащий	5	1,6
Предприниматель	4	1,3
Студент/учащийся	1	0,3
Безработный	32	10,5
Пенсионер	17	5,6
Домохозяйка	11	3,6
Декретный отпуск	3	1,0
Средства существования (n=305)		
Постоянная работа	212	69,5
Случайные заработки	35	11,5
Временная работа	27	8,9
Пенсия	12	3,9
Супруг/супруга	11	3,6
Родители/родственники	8	2,6
Уровень материального положения (n=305)		
Высокий	4	1,3
Выше среднего	8	2,6
Среднее	241	79,0
Ниже среднего	43	14,1
Низкий	9	3,0
Семейное положение (n=305)		
Женат (замужем)	134	43,9
Повторный брак	23	7,5
Гражданский брак	48	15,7
Разведен (а) официально	50	16,4
Никогда не состоял (а) в браке	43	14,1
Вдова (вдовец)	7	2,3

респондент (10%), каждый двадцатый (5%) был руководителем высшего и среднего звена. В единичных случаях встречались государственные служащие (5 человек), предприниматели (4) и студенты (1). Группу неработающих пациентов (21%) в половине случаев (51%) представляли безработные, в четверти случаев (27%) — пенсионеры, в 17,5% — домохозяйки, в единичных случаях (3 человека) — женщины, находящиеся в декретном отпуске.

Постоянный доход имеют $\frac{3}{4}$ больных алкоголизмом (73,5%): 69,5% — с постоянного места работы, 4% — получали пенсию. Каждый пятый респондент (20%) имел временную работу либо случайные заработки. На содержании супруга/супруги, родителей или родственников жили 19 человек (6%).

Не смотря на это, свой уровень материального положения как «средний» оценивают 79% больных, а 4% — выше среднего и высокий. Не удовлетворены уровнем своего материального положения лишь 17%.

О своем семейном статусе сообщили 67% пациентов. При этом более половины больных имеют зарегистрированный брак. Каждый третий респондент либо разведен (16%), либо в браке никогда не состоял (14%).

Данные об алкогольном статусе амбулаторных больных представлены в таблице 2:

Минимальный стаж алкогольной зависимости в исследуемой группе составил 1 год, максимальный — 50 лет, среднее значение показателя — $12,0 \pm 0,4$ года (25-й процентиль — 7,0 лет; 50-й процентиль — 10,0; 75-й процентиль — 15,0). Каждый третий больной (34%) страдал зависимостью от алкоголя в течение 6-10 лет, каждый четвертый (26%) — от 11 до 15 лет, каждый пятый — от 1 до 5 лет. От 16 до 20 лет страдали алкоголизмом 14% респондентов. В целом, основная масса пациентов (73,2%) имела весьма продолжительный стаж алкогольной зависимости — от 6 до 20 лет.

Изучение структуры употребляемого пациентами алкоголя дало вполне ожидаемые результаты. Так, водку в качестве основного употребляемого напитка назвали 57% амбулаторных больных, пиво — 34%, коньяк, вина, алкогольные коктейли в качестве предпочтительных напитков назвали менее 10% респондентов.

Минимальный уровень суточной толерантности к алкоголю в исследуемой группе

Таблица 2

**Клиническая характеристика больных
алкоголизмом г. Екатеринбурга,
находящихся на амбулаторном лечении**

Исследуемый показатель	Абс.	Удельный вес, %
Стаж алкогольной зависимости, год (n=305)		
1-5	55	18,0
6-10	103	33,8
11-15	78	25,6
16-20	42	13,8
21-25	13	4,3
26-30	10	3,3
35 и более	4	1,3
Предпочитаемый алкогольный напиток (n=305)		
Водка	175	57,4
Пиво	103	33,8
Вино крепленое	8	2,6
Коньяк	7	2,3
Вино сухое	7	2,3
Алкогольный коктейль (джин-тоник)	5	1,6
Суточная толерантность к алкоголю (в ст. алк. ед.) (n=302)		
5,0-10,7	30	9,9
11,4-16,1	58	19,2
17,1-21,4	86	28,5
25,0-28,6	88	29,1
30,4-42,9	26	8,6
51,4-85,7	14	4,6

составил 5,0 стандартных алкогольных единиц (ст. алк. ед.), максимальный — 85,7, среднее значение показателя составило $23,8 \pm 0,7$ ст. алк. ед. (25-й перцентиль — 14,3; 50-й перцентиль — 21,4; 75-й перцентиль — 28,6). Более половины больных (58%) употребляли алкоголь в дозе 17-29 ст. алк. ед., каждый пятый пациент (19%) — от 11 до 16 ст. алк. ед., 13% употребляли алкоголь в сверхвысоких дозах — 30-86 ст. алк. ед., и лишь каждый десятый ограничивался дозой до 11 ст. алк. ед. В целом, основная масса пациентов (77,0%) имела толерантность от 11 до 29 ст. алк. ед.

Выводы.

Подавляющее число больных алкоголизмом в группе исследования (83%) составили мужчины, что совпадает с обычным распределением больных по полу в диспансерной группе

в целом. Средний возраст больных (42,5 лет) и возрастная медиана (41,0 год) практически совпадали, что говорит о практически нормальном возрастном распределении в исследуемой группе. Межквартильный размах простирался от 33,0 до 51,0 года. Следовательно, практически все больные алкоголизмом относились к активному трудоспособному возрасту. Образовательный ценз диспансерной группы был в основном ограничен средним, главным образом — средним специальным образованием. Более высокий уровень образования обнаружил лишь каждый десятый респондент. У 12% больных образование ограничилось 7-9 классами. По социальному статусу больные алкоголизмом на 4/5 (79%) состояли из экономически активного населения (главным образом из представителей рабочих профессий) и на 1/5 (21%) — из не работающих (безработных в половине случаев, пенсионеров, домохозяек, женщин, находящихся в декретном отпуске). Постоянный доход имели менее 3/4 больных, остальная часть прибегает к временным заработкам, либо живет на содержании близких. Не удовлетворены уровнем своего материального положения 17% больных алкоголизмом, тогда как остальные считают его средним, а небольшая часть (4%) — даже высоким. Семейное положение больных алкоголизмом характеризуется относительно высокой брачностью (67%). Однако треть пациентов по той или иной причине семьей не обременены.

Средняя продолжительность алкогольной зависимости в исследуемой группе составила 13 лет (min — 1 год, max — 49 лет), при этом 73% пациентов имела стаж зависимости от 6 до 20 лет. Более половины больных алкоголизмом (57%) в качестве основного предпочитаемого алкогольного напитка до настоящего времени избирают водку, каждый третий пациент (34%) предпочитает употреблять пиво. Только незначительная часть диспансерных больных (8%) отдают предпочтение другим алкогольным напиткам. Средний уровень толерантности к алкоголю в исследуемой группе составил 720 мл в пересчете на водку (min — 150 мл, max — 2,5 л). В целом 77,0% пациентов имела толерантность от 330 мл до 900 мл в пересчете на водку.

Таким образом, обобщенный портрет больного алкоголизмом, находящегося под

диспансерным наблюдением в г. Екатеринбурге выглядит следующим образом. Это мужчина 41–42 лет, со средним специальным образованием, рабочий, со средним достатком, как пра-

вило — человек семейный. Страдает зависимостью от алкоголя более 10 лет, предпочитает употреблять водку при уровне толерантности до 900 мл.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алкоголизм: Руководство для врачей/Под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: ООО Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2011. — 856 с.
2. Кошкина Е. А. Медико-социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами для здоровья нации/Е. А. Кошкина. — Вопросы наркологии. — 2011. — № 5. — С. 27–30.
3. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма [Текст]/Кошкина Е. А., Спектор Ш. И., Сенцов В. Г., Богданов С. И. — М.: Пер СЭ, 2008. — 288 с.
4. Наркология. Национальное руководство/под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 780 с.
5. Немцов А. В. Алкогольная история России: новейший период/Немцов А. В. — М: Книжный дом «Либроком». — 2009. — 318 с.
6. Нужный В. П. Анализ роли некачественных, фальсифицированных и суррогатных алкогольных напитков в формировании феномена высокой алкогольной смертности в Российской Федерации/Нужный В. П. // Алкогольная болезнь. — 2004 — № 5. — С. 1–18.

С. С. Богданова, К. Ю. Ретюнский, С. И. Богданов

ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ СОПРЯЖЕННОСТИ ДАННЫХ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

*Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург*

Аннотация

Ситуация с распространенностью наркомании в России и ее регионах продолжает оставаться острой. Для эффективного планирования развития и укрепления наркологической службы необходима разработка новых научно-обоснованных подходов и технологий.

Ключевые слова: наркомания, наркологическая служба.

Ситуация с распространенностью наркомании в России и ее регионах продолжает оставаться острой [1, 4]. Повышение напряженности в отношении первичной и общей заболеваемости наркоманией требует определенных ответных действий со стороны руководства регионального здравоохранения и ее специализированной службы [3, 4]. Для эффективного планирования развития и укрепления наркологической службы необходима разработка новых научно-обоснованных подходов и технологий [2, 3].

Для расчета показателей использованы сведения форм статистического наблюдения

по Свердловской области №37 «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями» и №11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами». Также использованы данные о наркологической службе Свердловской области, содержащиеся в отчетных формах №17 «Сведения о медицинских кадрах», №30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» и №47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения». Для расчета всех показателей на 100 тысяч населения использовались сведения о численности населения Свердловской